HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES

WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WYOMING
SECCIÓN DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y DOMICILIARIOS (HCBS)

ÍNDICE SOBRE SERVICIOS DE EXENCIÓN INTEGRAL Y DE APOYOS

Efectivo 1º de septiembre del 2022

SERVICIOS DIRIGIDOS POR EL PARTICIPANTE DISPONIBLES
Habilitación de niños
Servicios de vida comunitaria (excluyendo hogares anfitriones)
Acompañantes
Tareas domésticas
Entrenamiento de habilitación individual
Cuidado personal
Respiro
Empleo apoyado (Excluyendo empleo apoyado de grupos)

Tabla de contenido

Requerimientos de servicios de la División de Financiamiento de Servicios Médicos 3
Servicios diurnos para adultos 5
Servicios de apoyo del comportamiento 8
Administración de casos 10
Servicios de habilitación de niños 15
Reentrenamiento cognitivo 17
Servicios de vida comunitaria 18
Servicios de apoyo comunitario 23
Servicios de acompañantes 26
Apoyo de intervención de crisis 28
Servicios de dietistas 29
Modificaciones ambientales 30
Servicios de tareas domésticas 32
Entrenamiento de habilitación individual 33
Terapia ocupacional 35
Servicios de cuidado personal 36
Terapia física 39
Respiro 40
Servicios de enfermería especializada 42
Hogar de habilitación de familias especiales 44
Equipo especializado 45
Servicios del habla, lenguaje y auditivos 47
Servicios de empleo apoyado 48
Servicios de transporte 51

Requerimientos de servicios de la División de Financiamiento de Servicios Médicos

Los servicios de Exención Integral y de Apoyos domiciliarios y comunitarios (Exención DD) que se definen en este documento deberán realizarse de la manera descrita en las definiciones de servicios. Los servicios deben satisfacer las necesidades evaluadas de cada participante. Los proveedores y administradores de casos de Exención DD certificados deben conocer bien las Normas de Medicaid del Departamento de Salud que afectan a los programas de Exención DD.

Cada servicio, en combinación con otros servicios incluidos en un plan de cuidados individualizados (IPC), debe acomodarse dentro de la cantidad del presupuesto individual (IBA) asignado a cada participante. El IPC del participante debe considerar los servicios para cubrir todo el año del plan. La División de Financiamiento de Servicios Médicos (División) se apegará a los límites de tarifas de los servicios identificados en las definiciones de servicios. Con excepción de los servicios de administración de casos que los participantes deben recibir cada mes, no se requiere un número mínimo de unidades de servicios.

Los servicios de exención no deberán duplicar los servicios ofrecidos a través de otra fuente de financiamiento como la Sección 10 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitación Vocacional o Servicios Laborales), la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401 et seq.) o el Plan Estatal de Medicaid.

Los servicios dirigidos por el participante deberán realizarse de la manera descrita en las definiciones de servicios y satisfacer las necesidades evaluadas del participante. Los servicios ofrecidos a través de dirección del participante solamente son facturables en incrementos de 15 minutos. Las tarifas diarias no están disponibles a través de dirección del participante. El Empleador de Récords debe asegurar que todos los servicios dirigidos por el participante se acomoden al presupuesto dirigido por el participante y deben cubrir todo el año del plan.

Para los propósitos de estas definiciones de servicios, un pariente se define como un padre biológico, adoptivo o padrastro. Los parientes, cónyuges y representantes legalmente autorizados tienen prohibido proveer los servicios dirigidos por el participante. Además, los representantes legalmente autorizados tienen prohibido proveer los servicios de exención, excepto los servicios de cuidado personal para un individuo menor de 18 años, como se establece en la definición de servicios de cuidado personal.

Los servicios de habilitación, los cuales requieren un entrenamiento de objetivos como parte de la provisión de servicios, incluyen lo siguiente:

- Servicios de habilitación de niños
- Servicios de vida comunitaria (todos los niveles, incluyendo hogares anfitriones)
- Servicios de apoyo comunitario
- Servicios de habilitación individual
- Hogar de habilitación de familias especiales
- Servicios de empleo apoyado

Un número de Identificador de Proveedores Nacionales (NPI) es requerido para los proveedores de los servicios siguientes:

- Administración de casos

- Dietista
- Terapia física y ocupacional
- Enfermería especializada
- Habla, lenguaje y auditivos

A partir del 1º de enero del 2017, otros servicios de exención no requieren referir u ordenar que el NPI de los proveedores se indique en los reclamos de facturación. El Servicio de Administración Financiera (FMS) contratado para proveer apoyo a los participantes que dirigen los servicios a través de dirección del participante en las Exenciones de DD deberá mantener un solo NPI que esté asociado con la Unidad de Servicios de Cuidados Domiciliarios (HCSU) dentro de la División. El FMS no tiene requerido obtener un segundo NPI para procesar los reclamos de DD.

Regresar a la tabla de contenido

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios diurnos para adultos	Exención Integral Exención de Apoyos	S5100	Básico	$2.53	15 minutos
		S5100 UA	Intermedio	$3.52	
		S5108 U9	Alto (Agencia)	$6.49	
		S5108	Alto (Independiente)	$6.06	
		S5102	Básico	$60.66	Diaria
		S5102 U2	Intermedio	$84.47	
		S5105 U9	Alto (Agencia)	$155.87	
		S5105	Alto (Independiente)	$145.55	

Los servicios diurnos para adultos consisten en actividades diurnas significativas que maximizan o mantienen las destrezas y habilidades; mantienen a los participantes involucrados en su ambiente y comunidad a través de cuidados y apoyos óptimos; activamente estimulan, motivan, desarrollan y mantienen las destrezas personales; introducen nuevas actividades recreativas; establecen relaciones nuevas; mejoran o mantienen la flexibilidad, movilidad y fuerza; o se apoyan en destrezas aprendidas anteriormente. Los servicios diurnos para adultos proveen apoyos activos y centrados en la persona, los cuales promueven una independencia como se identifican en el IPC del participante.

Los servicios diurnos para adultos incluyen cuidado personal, vigilancia de protección y actividades de mantenimiento para la salud, tales como asistencia de medicamentos y actividades de rutina que pueden proveerse por profesionales de apoyo directo sin licencia certificados por la División que se identifiquen en el IPC. Los servicios de cuidado personal no deberán exceder el 20% del servicio provisto.

Los servicios diurnos para adultos pueden proveerse en el hogar del participante si el participante o representante legalmente autorizado y el equipo del plan de cuidados deciden que el hogar es el lugar más apropiado para recibir el servicio y el plan de cuidados aprobado apoya la razón médica, conductual o de otro tipo para que el servicio se provea en el hogar de la persona. El transporte es un componente de los servicios diurnos para adultos y está incluido en la tarifa para proveedores.

Como se autoriza en 42 U.S.C 1396a(h), este servicio puede proveerse en un hospital de cuidados intensivos si los servicios son o están:

- Identificados en el IPC del participante;
- Provistos para satisfacer las necesidades del participante que no se satisfacen a través de la provisión de servicios hospitalarios de cuidados intensivos;
- No son un sustituto para servicios que el hospital de cuidados intensivos está obligado a proveer a través de sus condiciones de participación o bajo las leyes estatales o federales, o bajo otro requerimiento aplicable; y
- Diseñados para asegurar una transición fluida entre el entorno de cuidados intensivos y los entornos domiciliarios y comunitarios, y preservar las habilidades funcionales del participante.

Los administradores de casos y proveedores deben coordinarse con el personal del hospital y los miembros del equipo del plan de cuidados para asegurar que la transición del participante sea fluida desde una estancia hospitalaria temporal a su hogar.

Los servicios diurnos para adultos se facturan como una tarifa de 15 minutos o diaria.

Un participante recibe un servicio con niveles diferentes aprobado en el IPC en base a las necesidades, de acuerdo con las siguientes descripciones de niveles:

Nivel de cuidado básico
Un participante con una puntuación de nivel de servicio (LOS) 1 o 2 generalmente estará en este nivel. Este servicio requiere apoyos del personal y una atención personal que son limitados para un participante diariamente debido a un nivel de independencia y funcionamiento moderadamente alto. Las necesidades del comportamiento (si hay alguna) pueden satisfacerse con medicamentos o una dirección informal por el personal. La persona puede tener periodos de tiempo con una supervisión indirecta del personal en la cual el personal está en el sitio y disponible al alcance del oído de una petición. Este servicio puede proveerse a través de apoyos virtuales. El participante y representante legalmente autorizado deben tener una opción sobre dónde y cómo se recibirá el servicio, y debe documentarse en el IPC del participante. La documentación deberá demostrar que las oportunidades para una integración comunitaria, apoyo de empleo e interacciones sociales todavía están incorporadas en la vida del participante. El monitoreo remoto no es una opción si no facilita los deseos y anhelos de un participante. Los proveedores y equipos de planes de cuidados deben cumplir con todos los requerimientos y estándares establecidos en el documento de Apoyos Virtuales de Exenciones de HCBS, el cual puede encontrarse en la página de Definiciones y tarifas de servicios del sitio web de la Sección de HCBS.

Nivel de cuidado Intermedio
Un participante con un LOS de Nivel 3 o 4 generalmente estará en este nivel. Este nivel de servicios requiere una supervisión intensificada de tiempo completo con el personal disponible como se indica en el IPC, debido a las limitaciones funcionales significativas o necesidades médicas o del comportamiento. Los apoyos médicos y del comportamiento generalmente no son intensos y pueden proveerse en un entorno de personal compartido. La atención personal regular se provee durante el día para un cuidado personal, reforzamiento, comunidad o actividades sociales.

Nivel de cuidado alto
Un participante con un LOS de Nivel 5 o 6 generalmente estará en este nivel. Este nivel de servicios requiere una supervisión de tiempo completo con el personal disponible dentro de una proximidad cercana y como se indica en el IPC. Deberá proveerse una interacción con los empleados y atención personal frecuentes para las limitaciones funcionales significativas y necesidades médicas y del comportamiento. Las necesidades de apoyo y supervisión son moderadamente intensas, aunque generalmente pueden proveerse en un entorno de personal compartido, a menos que se indique algo diferente en el IPC. La atención personal frecuente deberá proveerse durante el día para reforzamiento, apoyos del comportamiento positivo, cuidado personal, comunidad o actividades sociales.

Alcance y limitaciones

Los servicios diurnos para adultos están disponibles para los individuos que tienen 21 años de edad o más. Este no es un servicio de habilitación. Las unidades aprobadas deberán basarse en las necesidades de nivel de apoyo individual y deben acomodarse dentro del presupuesto asignado. Un mínimo de seis horas por día debe proveerse para poder facturar la tarifa diaria. Una unidad de 15 minutos y tarifa diaria no deberán facturarse el mismo día.

Un proveedor pariente (definido como un padre biológico, adoptivo o padrastro) puede proveer este servicio, siempre y cuando se cumpla con la Sección 31 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud. Los servicios diurnos para adultos no deberán proveerse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia de Medicaid Estatal.

El apoyo con las necesidades de cuidado personal, incluyendo una asistencia de medicamentos, es un componente del servicio, pero no deberá ser la totalidad del servicio. Los servicios de cuidado personal no deberán facturarse al mismo tiempo que este servicio. Los participantes que reciben servicios diurnos para adultos no deberán pagarse por las actividades de trabajo realizadas durante este servicio.

Un participante no deberá recibir un nivel de servicio que sea mayor al nivel de servicio asociado con su puntuación de nivel de servicio. El IPC de un participante puede incluir dos o más servicios que no sean de vida comunitaria, siempre y cuando las horas de servicio no coincidan. Los servicios no deberán exceder una cantidad promedio semanal de 35 horas si el individuo recibe servicios de vida comunitaria de un nivel 3-6. La tarifa diaria no deberá facturarse si el participante recibe servicios de vida comunitaria de un nivel 3-6 y recibe otros servicios que no sean de vida comunitaria durante el día.

Regresar a la tabla de contenido

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de apoyo del comportamiento	Exención Integral Exención de Apoyos	97151	Nivel BCBA	$31.64	15 minutos
		97152	Nivel BCaBA	$20.12	
		97153	Nivel RBT	$18.85	

Los servicios de apoyo del comportamiento se usan para desarrollar e implementar los planes del comportamiento individualizados en base a las ciencias del comportamiento que se enfocan en los comportamientos positivos y desafíos identificados para mejorar una variedad de destrezas bien definidas. Este servicio incluye el desarrollo de un análisis del comportamiento funcional, plan de apoyo del comportamiento positivo, entrenamiento para la expresión apropiada de las emociones y deseos a través de la implementación de apoyos e intervenciones del comportamiento positivo para incrementar los comportamientos de reemplazo adaptativos. Los apoyos del comportamiento también pueden accederse para el propósito de reducir el uso de restricciones y limitaciones dentro del IPC del participante reciente.

Definiciones:

- BCBA – Analista del comportamiento certificado por el consejo
- BCaBA – Analista del comportamiento asistente certificado por el consejo
- RBT – Técnico del comportamiento registrado

Actividades requeridas para reembolso:

- Contacto directo y observación del participante (y colaterales cuando sea necesario) para los propósitos de determinar los datos de referencia y desarrollar el plan de apoyo del comportamiento positivo (PBSP), lo cual debe cumplir con la Sección 17 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud.
- Completar un análisis del comportamiento funcional y desarrollar un PBSP y las revisiones posteriores utilizando los apoyos e intervenciones del comportamiento positivo.
- Proveer el entrenamiento del participante para apoyar la implementación efectiva de los resultados deseados de un individuo a través del apoyo comprehensivo del comportamiento positivo.
- Crear los formatos y proveer el entrenamiento y la asistencia técnica a los cuidadores principales sobre la implementación del PBSP del participante.
- Documentar el trabajo completado, incluyendo las notas del caso sobre el entrenamiento provisto para los participantes y cuidadores principales. La documentación deberá estar disponible para el administrador del caso para el décimo (10) día laboral del mes después de la fecha de provisión de los servicios.
- Revisar regularmente la efectividad del PBSP con el participante y el equipo.
- Generar los documentos de resumen que incluyan los datos de referencia sobre los comportamientos, cualquier progreso logrado, las estrategias de intervención implementadas y las barreras identificadas que impiden el progreso. Los documentos de resumen deberán completarse y entregarse al administrador de casos al terminar el año del plan del participante o cuando la División haga una petición.

Alcance y limitaciones

Los servicios de apoyo del comportamiento están disponibles para los participantes que tienen 21 años de edad o más. Los participantes que tienen menos de 21 años pueden acceder este servicio a través de los programas de educación temprana, programas escolares y el Plan Estatal de Medicaid (para individuos con un diagnóstico de autismo). La terapia para análisis del comportamiento aplicado solamente está disponible para los participantes con un diagnóstico de autismo que tienen 21 años de edad o más.

Los servicios de apoyo del comportamiento deberán requerir un formulario para petición de servicios, deberán obtener una autorización previa de la División y no deberán cubrirse bajo ningún servicio facturable a través del Plan Estatal de Medicaid.

Los servicios de apoyo del comportamiento son un servicio individual. Un máximo de 120 unidades por plan está disponible en los niveles de BCBA/BCaBA, combinados, para una evaluación inicial, completado de un análisis del comportamiento funcional y desarrollo del PBSP. Pueden pedirse unidades adicionales si el participante muestra desafíos del comportamiento significativos para los cuales necesita recibir una adquisición de destrezas y apoyo del comportamiento provistos más apropiadamente a un nivel de destrezas de BCBA o BCaBA. Con la petición de unidades adicionales, el proveedor debe explicar por qué el nivel de apoyo de RBT no es adecuado y los apoyos específicos que proveerán los profesionales de un nivel más alto.

Debe presentarse una documentación para justificar la necesidad de servicios de apoyo del comportamiento continuos en los planes posteriores, ya que este servicio no está destinado para ser un servicio de largo plazo continuo.

Actividades que no se permiten bajo este servicio:

- Técnicas aversivas – Cualquier técnica no aprobada por el equipo de planeación centrada en el individuo y el comité de derechos humanos del proveedor, si corresponde.
- Intervenciones restrictivas descritas en el Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud.
- Servicios de cuidados directos.
- Consejería, terapia u otros servicios cubiertos bajo el Plan Estatal de Medicaid.

Los proveedores parientes (definido como los padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

Nota sobre cualificaciones de proveedores

Un proveedor de servicios de apoyo del comportamiento deberá cumplir con los requerimientos establecidos por el Consejo de Analistas del Comportamiento Certificados, de acuerdo con **https://www.bacb.com**, para poder proveer los servicios de apoyo del comportamiento. Cada individuo que provee este servicio debe cumplir con los estándares de certificación para el servicio provisto.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Administración de casos	Exención Integral Exención de Apoyos	T2022	$334.87	Mensual
		T1016	$20.93	15 minutos
	Administrador de casos específicos	T2023	$8.00	15 minutos

Los servicios de administración de casos asisten a los participantes para que tengan acceso a los servicios de exención y otros servicios del Plan Estatal de Medicaid necesarios, así como también a otros servicios médicos, sociales, emocionales, educativos y de otro tipo, sin importar la fuente de financiamiento.

Los administradores de casos deberán ser responsables de realizar las funciones siguientes:

- Evaluar y reevaluar la necesidad de los servicios de exención;
- Iniciar la evaluación del nivel de cuidados o el proceso de reevaluación;
- Conectar a los participantes de exención con otros programas locales, estatales y federales:
- Proveer opciones de servicios y proveedores;
- Desarrollar los IPC centrados en la persona de acuerdo con las políticas y procedimientos de la División;
- Coordinar múltiples servicios y proveedores;
- Monitorear continuamente la implementación de los IPC de acuerdo con el Capítulo 45 y 46 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud;
- Monitorear continuamente las cantidades de presupuestos individuales (IBA) para asegurar que los servicios se provean dentro del IBA y abordar los problemas identificados;
- Monitorear continuamente la salud y el bienestar de los participantes y abordar los problemas identificados;
- Responder a las crisis de los participantes;
- Para cada proveedor o empleado dirigido por el participante, realizar observaciones trimestrales para cada servicio de habilitación y observaciones semestrales para cada servicio que no sea de habilitación en el IPC.

Requerimientos mensuales

- Mantener un contacto directo con el participante y representante legalmente autorizado (si corresponde), lo cual puede incluir una visita al lugar de residencia del participante, observaciones de servicios y un contacto telefónico o en persona con el participante o representante legalmente autorizado para darle seguimiento a los problemas identificados a través de reportes de incidentes, quejas u otros medios.
- Darle seguimiento a los problemas o preguntas planteados por el participante, representante legalmente autorizado o equipo del plan de cuidados, o aquellos identificados a través de reportes de incidentes, quejas u observaciones de servicios.
- Revisar la utilización de servicios y la documentación de servicios tradicionales o dirigidos por el participante para asegurar que la cantidad, frecuencia y duración de los servicios sean apropiadas.
- Monitorear y evaluar el plan de apoyo del comportamiento positivo, cuando corresponde, y dar un seguimiento a los problemas.
- Evaluar el uso de restricciones y dar un seguimiento a los problemas.

- Cuando un participante elige los servicios directos a través de dirección del participante:
    - Completar y presentar el formulario de referencia con toda la información requerida al agente de Servicios de Administración Financiera (FMS).
    - Interactuar con el FMS para asistir a los participantes con la inscripción en dirección del participante.
    - Asistir al Empleador de Registro (EOR) para completar la documentación de los empleados y abordar las preguntas o problemas surgidos.
    - Darle un seguimiento regular al EOR para asegurar que la provisión de servicios corresponda con el IPC.
    - Usar el portal de FMS para revisar las hojas de tiempo de los proveedores, determinar el uso del presupuesto y proveer un monitoreo continuo del presupuesto del participante. Reportar el uso inapropiado del presupuesto al miembro del personal de la División asignado.

Actividades facturables

Una actividad de administración de casos facturable es cualquier tarea o función definida por la División como una actividad que solamente el administrador de casos o el administrador de casos de respaldo designado, cuando sea apropiado, puede proveer al o a nombre del participante o representante legalmente autorizado. El tiempo facturable puede ser acumulativo durante el periodo en que un administrador de casos envía una factura. La revisión de administración de casos mensual debe completarse antes de enviar las facturas por los servicios y debe presentarse para el décimo día laboral del mes después del mes de la provisión de servicios. Estos servicios no pueden realizarse por un delegado de administración de casos u otro empleado de una organización de administración de casos.

Los servicios de administración de casos facturables incluyen:

- Desarrollo del plan;
- Monitoreo y seguimiento del plan, incluyendo la revisión de documentación;
- Monitoreo de segunda línea de los medicamentos;
- Observación y entrevistas sobre los servicios;
- Visitas al lugar de residencia del participante;
- Reuniones del equipo, las cuales pueden ocurrir virtualmente a petición del participante o representante legalmente autorizado;
- Entrenamiento específico del participante;
- Reuniones con el participante, representante legalmente autorizado y familia;
- Defensa y referencias;
- Intervención y manejo de crisis;
- Coordinación de los apoyos naturales;
- Ofrecer y discutir opciones:
- Completar las responsabilidades mensuales;
- Elaborar los reportes requeridos por la División;
- Reuniones trimestrales con el administrador de casos de respaldo.

Las actividades no facturables incluyen:

- Actividades auxiliares como enviar correos postales, fotocopiar, archivar, enviar faxes, de supervisión o administrativas y tiempo conduciendo un vehículo. Los costos administrativos de

estas actividades y otros costos generales de negocios normales y corrientes están incluidos en la tarifa de reembolso para las actividades facturables.

- Tiempo que pasa con el participante o custodio por razones sociales, a menos que también ocurran las actividades de administración de casos facturables. El contacto y las interacciones sociales incidentales son parte de realizar y desarrollar un negocio y de ofrecer un servicio al cliente y no se consideran un servicio de administración de casos por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Tiempo que se pasa adquiriendo unidades de educación continua.
- Tiempo para transportarse, el cual ya está incluido como parte de la tarifa para este servicio.

Alcance y limitaciones

La administración de casos está disponible como una unidad de 15 minutos o una unidad mensual. Las unidades mensuales y de 15 minutos no deberán facturarse para el mismo participante en el mismo mes.

Unidad mensual

La unidad mensual no deberá facturarse en el último día del mes o después de este. Un mínimo de dos horas de servicios facturables deberá documentarse para poder facturar, pero todos los servicios facturables deberán documentarse cada mes.

- Una visita mensual al lugar de residencia del participante, con el participante presente, es requerida para monitorear la salud y el bienestar del participante, así como también para discutir la satisfacción con los servicios y los cambios necesarios en el IPC.
- Cuando menos una hora de contacto en persona con el participante o representante legalmente autorizado es requerida para facturar una unidad mensual.

Unidad de 15 minutos

La tarifa para la unidad de 15 minutos se basa en la misma metodología que la unidad mensual y permite que pueda facturarse un promedio de cuatro (4) mensuales de administración de casos.

- Cuando menos una unidad de administración de casos deberá proveerse cada mes para discutir la satisfacción del participante y abordar cualquier necesidad o inquietud.
- Los administradores de casos deberán usar las unidades en base a las necesidades del participante o representante legalmente autorizado, hasta la cantidad aprobada en el IPC.
- El número de unidades en un plan no puede exceder 224 unidades por año.
- Las visitas mensuales al lugar de residencia del participante deberán requerirse si un participante recibe servicios de vida comunitaria. El participante deberá estar presente durante la visita.
- Las visitas trimestrales al lugar de residencia del participante deberán requerirse si un participante no recibe servicios de vida comunitaria. El participante deberá estar presente durante la visita. Las visitas domiciliarias mensuales deberán realizarse si se desea.
- Los administradores de casos pueden realizar visitas adicionales al lugar de residencia del participante durante los momentos de crisis o cuando lo solicite el participante o representante legalmente autorizado.

Administración de casos libre de conflictos

Para que un administrador de casos pueda tener la autoridad de desarrollar, implementar y monitorear los planes de cuidados que mejor le beneficien al participante, el administrador de casos no deberá tener un conflicto de intereses. Para abordar un conflicto de intereses, la División ha implementado exclusiones

para los administradores de casos, las cuales se describen en el Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud. Los parientes (definido como los padres biológicos, padres adoptivos o padrastros) y representantes legalmente autorizados no deberán proveer servicios de administración de casos. Además, los administradores de casos no deberán servir a los participantes con los que estén relacionados por sangre o matrimonio dentro de un tercer grado. Las relaciones dentro de un tercer grado incluyen el cónyuge; madre, padre, hermana, cuñada o cunado; hijos (incluyendo hijastros y adoptados); hermanos; abuelos y bisabuelos; y tías, tíos, sobrinas y sobrinos.

La División puede establecer los límites de cargas de trabajo para asegurar que el administrador de casos coordine con efectividad los servicios con todos los participantes incluidos en su carga de trabajo.

Administración de casos específicos

La administración de casos específicos (TMC) permite que un administrador de casos sea pagado por el tiempo que pasa trabajando con un solicitante de exención nuevo. Este servicio puede usarse mientras un solicitante presenta su solicitud para la exención después de haberse colocado en la lista de espera. Un administrador de casos específicos puede facturar un máximo de 120 unidades de 15 minutos de TMC por un periodo de 12 meses para los solicitantes nuevos. Un administrador de casos puede proveer y facturar para las funciones siguientes:

- **Recopilación de información:** Completar la evaluación de niveles de cuidados (LT104) y asistir al individuo para reunir la documentación necesaria como la evaluación ICAP, registros médicos, evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, etc., para facilitar que la División determine su elegibilidad.
- **Enlace:** Trabajar con los individuos y proveedores de servicios para asegurar el acceso a los servicios. Las actividades incluyen llamadas telefónicas a las agencias para programar las citas o servicios después de un proceso de elegibilidad inicial, y preparar a los solicitantes nuevos y sus familias para estas citas.
- **Monitoreo y seguimiento**: Contactar al individuo u otras personas para asegurar que un solicitante nuevo avance a través del proceso de elegibilidad, que todavía esté interesado en obtener una exención y que toda la información demográfica se actualice en EMWS de una manera constante. Se espera que, mientras el solicitante esté en la lista de espera, se haga un contacto con cierta regularidad para asegurar que las necesidades del solicitante estén satisfechas.
- **Referencias:** Programar las citas iniciales de los individuos con los proveedores de servicios, informar a los individuos sobre los servicios disponibles y proveer las direcciones y números de teléfono de las agencias y proveedores de servicios.
- **Defensa:** Proveer defensa para una persona específica con el propósito de acceder los servicios necesarios.
- **Intervención de crisis:** Proveer una intervención y estabilización de crisis en situaciones que requieren una atención o resolución inmediata para un individuo específico.
- **El servicio directo como transporte NO es un servicio facturable.**

Responsabilidades de administradores de casos para colocaciones institucionales

Los administradores de casos apoyando a un participante que sea colocado en el Hospital del Estado de Wyoming o Centro de Recursos para la Vida de Wyoming deben trabajar con el personal de apoyo asignado para ese participante, con la finalidad de entender el papel del administrador de casos para

apoyar al participante y la documentación que será requerida para facturar los servicios durante la colocación institucional del participante.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de habilitación de niños	Exención Integral Exención de Apoyos • *Pueden ser dirigidos por el participante*	T2027 HA	0 – 12 años de edad	$3.58	15 minutos
		T2027	13 – 17 años de edad	$3.83	

Los servicios de habilitación de niños proveen regularmente actividades programadas y una supervisión para niños durante una parte de su día. Los servicios incluyen entrenamiento, coordinación e intervención para el desarrollo y mantenimiento de destrezas, promoción y mantenimiento de la salud física, desarrollo del lenguaje, desarrollo cognitivo, socialización, integración social y comunitaria, y manejo doméstico y económico. Esto incluye servicios no disponibles a través de los programas de educación pública en el distrito escolar local del participante, incluyendo una supervisión después de la escuela, servicios diurnos cuando la escuela no esté en sesión y servicios para niños en edad preescolar.

Los servicios pueden proveerse en varias horas del día en entornos múltiples cuando otros servicios de exención no sean apropiados, tales como respiro o cuidado personal. Los servicios pueden ocurrir en un solo ambiente físico o en varios ambientes, incluyendo los entornos en la comunidad.

La tarifa para niños de 0-12 años de edad incluye la provisión del personal suplementario que sea necesario para satisfacer las necesidades de cuidados excepcionales del niño en un entorno de guardería. Para niños de 13-17 años de edad, este servicio está disponible para el costo de cuidado de niños, lo cual ya no se requiere después de los 12 años de edad.

El transporte está incluido en la tarifa de reembolso.

Este es un servicio de habilitación. Esto significa que se espera que el entrenamiento de objetivos sea parte de la provisión de servicios, y el progreso deberá documentarse y hacerse disponible cada mes para el participante, representante legalmente autorizado y administrador de casos.

Alcance y limitaciones

Este servicio está limitado para niños menores de 18 años. En Exención Integral, hay un límite anual de 9,400 unidades por año. No hay un límite de servicios en Exención de Apoyos. Los servicios aprobados deberán basarse en la necesidad evaluada y acomodarse dentro del presupuesto asignado para la persona. Este servicio deberá excluir cualquier servicio disponible a través de los programas de educación pública financiados bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA).

Este servicio no incluye el costo básico de cuidado de niños, lo cual es la tarifa cobrada por y pagada a una guardería o trabajador de cuidados de niños para los niños que no tienen necesidades especiales.

Un miembro del personal del proveedor puede recibir un reembolso por un máximo de dos participantes a la vez, pero deberá limitarse el total de número de personas combinadas para quienes proveen los

servicios a un máximo de tres personas, a menos que sea aprobado por la División. El proveedor deberá apegarse a los niveles de supervisión identificados en el IPC de cada participante.

Un proveedor pariente (definido como un padre biológico, adoptivo o padrastro) no deberá proveer este servicio. Los servicios de habilitación de niños no deberán proveerse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia de Medicaid Estatal.

El apoyo con las necesidades de cuidado personal, incluyendo una asistencia de medicamentos, es un componente del servicio, aunque no deberá ser más del 20% de ese servicio. Los servicios de cuidado personal no deberán facturarse al mismo tiempo que este servicio.

Este servicio está sujeto a una verificación de visitas electrónica.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Reentrenamiento cognitivo	Exención Integral Exención de Apoyos • *Solamente disponible para los participantes con una lesión cerebral adquirida*	H2014	$13.30	15 minutos

El reentrenamiento cognitivo provee servicios de entrenamiento y rehabilitación para el participante y los miembros de familia que asisten en la restauración de la función cognitiva (por ejemplo; capacidad o destrezas para el aprendizaje, análisis, memoria, atención, concentración, orientación y procesamiento de información), de acuerdo con el IPC. Este servicio es específicamente para los individuos con una lesión cerebral adquirida (ABI), quienes cumplen con los criterios descritos en la Sección 5 del Capítulo 46 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud.

Regresar a la tabla de contenido

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de vida comunitaria	Exención Integral Exención de Apoyos **(solamente nivel básico)** • *Pueden ser dirigidos por el participante (excluye hogares anfitriones)* • *Los servicios dirigidos por el participante se limitan a unidades de 15 minutos. Las tarifas diarias no deberán ser dirigidas por el participante.*	T2017	Individual básico	$8.67	15 minutos
		T2017 UN	Básico – Grupo de dos	$4.65	
		T2017 UP	Básico – Grupo de tres	$3.45	
		T2031	Lectura	$133.66	Diaria
		T2016	Nivel 3	$141.58	
		T2016 U7	Nivel 4	$173.54	
		T2016 TF	Nivel 5 Agencia	$278.03	
		T2016 U6	Nivel 5 Independiente	$253.68	
		T2016 TG	Nivel 6 Agencia	$475.93	
		T2016 U5	Nivel 6 Independiente	$433.54	
		T2016 UD	Hogar anfitrión	$255.01	
		T2017 UC	Dirigidos por el participante Nivel 3 – 6		15 minutos

Los servicios de vida comunitaria son apoyos personalizados que asisten al participante con la adquisición, retención o mejoramientos de las destrezas relacionadas con una vida comunitaria. Estos apoyos incluyen desarrollo de destrezas adaptativas, asistencia con actividades cotidianas incluyendo asistencia de medicamentos, tareas domésticas ligeras, inclusión comunitaria, transporte, apoyos educativos para adultos y desarrollo de destrezas sociales y recreativas, los cuales asisten al participante para que resida en el entorno más integrado que sea apropiada para sus necesidades. La vida comunitaria incluye cuidado personal, vigilancia de protección y supervisión como se indica en el IPC.

- Los servicios de vida comunitaria se reembolsan en base a la puntuación de nivel de servicio (LOS) del participante e incluye cierto nivel de apoyo continuo las 24 horas del día (por ejemplo, apoyo de guardia las 24 horas del día) por un proveedor, como se define en el nivel de servicio y se describe en el IPC.
- Los servicios de vida comunitaria pueden proveerse en un entorno rentado o poseído por un proveedor, participante o la familia del participante. Los servicios básicos de vida comunitaria pueden proveerse en el hogar familiar.
- Los entornos poseídos o rentados donde se proveen los servicios de vida comunitaria deberán ser completamente accesibles para los individuos viviendo en ese entorno.
- Con excepción de hogares anfitriones, los servicios de vida comunitaria pueden proveerse a través de dirección del participante.

- Los participantes que reciben los servicios de vida comunitaria deberán tener una residencia principal.
- El transporte entre el lugar de residencia del participante, otros sitios de servicios o lugares en la comunidad está incluido en la tarifa.
- La vida comunitaria es un servicio de habilitación. Esto significa que se espera que el entrenamiento de objetivos sea parte de la provisión de servicios y el progreso deberá documentarse y hacerse disponible cada mes para el participante, representante legalmente autorizado y administrador de casos.
- Las visitas y los viajes de familia son alentados. El proveedor deberá reembolsarse por los días en que el participante salga y regrese de un viaje.
- Los servicios relacionados con la salud pueden proveerse después de que el personal sea entrenado por el entrenador o profesional médico apropiado y que la documentación del entrenamiento sea evidente.

Como se autoriza en 42 U.S.C 1396a(h), este servicio puede proveerse en un hospital de cuidados intensivos si los servicios son o están:

- Identificados en el IPC del participante;
- Provistos para satisfacer las necesidades del participante que no se satisfacen a través de la provisión de servicios hospitalarios de cuidados intensivos;
- No son un sustituto para servicios que el hospital de cuidados intensivos está obligado a proveer a través de sus condiciones de participación o bajo las leyes estatales o federales, o bajo otro requerimiento aplicable; y
- Diseñados para asegurar una transición fluida entre el entorno de cuidados intensivos y los entornos domiciliarios y comunitarios, y preservar las habilidades funcionales del participante.

Los administradores de casos y proveedores deben coordinarse con el personal del hospital y los miembros del equipo del plan de cuidados para asegurar que la transición del participante sea fluida desde una estancia hospitalaria temporal a su hogar.

Hogar anfitrión

Los servicios de hogares anfitriones consisten en los servicios diseñados y coordinados individualmente y específicos para el participante provistos dentro de un ambiente del hogar anfitrión de una familia (que no sean los padres biológicos, adoptivos o padrastros). Los hogares anfitriones difieren de otros entornos de vida comunitaria en que ofrecen un patrocinador trabajando con un participante mientras viven juntos en el hogar del patrocinador. Un patrocinador se define como un individuo que es un proveedor independiente certificado para tener a una persona en su hogar. El patrocinador es el único proveedor residencial para el participante, no usa un personal y no es un subcontratista. Este servicio no está abierto para los participantes nuevos que no hayan pasado por el proceso de aprobación del Comité de Cuidados Extraordinarios (ECC) para una colocación fuera de su hogar. El proveedor es el cuidador principal y asume los cuidados de 24 horas del participante. Los proveedores parientes (definido como los padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio. Los servicios de hogares anfitriones no deberán ser dirigidos por el participante.

Niveles de servicio

Un participante recibe un nivel de servicio aprobado en el IPC en base a las necesidades, de acuerdo con las siguientes descripciones de niveles. Los niveles de este servicio están alineados con el LOS evaluado para el participante y las expectativas del servicio como se indican en la definición. Toda la supervisión y apoyos provistos deberán alinearse con el IPC del participante y satisfacer las necesidades de cada participante presente cuando sea apropiado para asegurar su salud y bienestar.

Nivel básico – Debido a un nivel de independencia y funcionamiento alto o moderadamente alto y algunos problemas médicos o del comportamiento significativos que requieren un mínimo de apoyo del personal, monitoreo o cuidado personal, este nivel requiere de una disponibilidad del personal periódica en el sitio y debe reunirse periódicamente con el participante durante las horas despiertas en cada día facturado para proveer una supervisión general, apoyo, monitoreo y entrenamiento. El apoyo de guardia las 24 horas del día no es requerido para este nivel de servicio, pero un plan de contingencias para situaciones de emergencia debe describirse en el IPC. Los servicios de cuidado personal no deberán exceder el 20% del servicio provisto.

Este servicio puede proveerse a través de apoyos virtuales. El participante y representante legalmente autorizado deben tener una opción sobre dónde y cómo se recibirá el servicio, y debe documentarse en el IPC del participante. La documentación deberá demostrar que las oportunidades para una integración comunitaria, apoyo de empleo e interacciones sociales todavía están incorporadas en la vida del participante. El monitoreo remoto no es una opción si no facilita los deseos y anhelos de un participante. Los proveedores y equipos de planes de cuidados deben cumplir con todos los requerimientos y estándares establecidos en el documento de Apoyos Virtuales de Exenciones de HCBS, el cual puede encontrarse en la página de Definiciones y tarifas de servicios del sitio web de la Sección de HCBS.

Nivel 3 – Debido a las limitaciones funcionales moderadas en las actividades cotidianas y posibles necesidades de apoyo del comportamiento, este nivel requiere la disponibilidad del personal regular en el sitio al alcance del oído del participante, y debe reunirse periódicamente con el participante en cada día facturado para proveer una supervisión general, cuidado personal, apoyo del comportamiento positivo, monitoreo y entrenamiento El personal de apoyo deberá estar disponible durante la noche y las expectativas de estancias nocturnas deberán estipularse en el IPC.

Nivel 4 – Debido a las limitaciones funcionales significativas y las necesidades de apoyo médicas y del comportamiento, este nivel requiere de un personal de tiempo completo en el sitio cuando el participante recibe este servicio, con una atención personal regular provista durante todo el día para un entrenamiento, cuidado personal, reforzamiento, apoyos del comportamiento positivo, y actividades sociales y comunitarias. Los apoyos médicos y del comportamiento generalmente no son intensos y pueden proveerse en un entorno de personal compartido. Deberá haber un apoyo del personal durante la noche como se indica en el IPC.

Nivel 5 – Debido a las limitaciones funcionales significativas y en cierta medida intensivas y las necesidades de apoyo médicas y del comportamiento, este nivel requiere de uno o más apoyos del personal de tiempo completo en el sitio y en proximidad cercana durante la mayoría de las horas despiertas cuando el participante está en este servicio, con una atención personal frecuente provista durante todo el día para un entrenamiento, cuidado personal, reforzamiento, y actividades sociales y comunitarias. Los apoyos médicos y del comportamiento o de cuidado personal pueden ser en cierta medida intensos, pero el servicio puede proveerse en un entorno de personal compartido más pequeño. Deberá haber un apoyo

del personal en la residencia durante la noche como se indica en el IPC. Los participantes que reciben este nivel de servicio no deberán ser elegibles para un monitoreo remoto.

Nivel 6 – Debido a las necesidades médicas, del comportamiento o de cuidado personal significativas, este nivel requiere de un apoyo y supervisión del personal con un personal de tiempo completo en el sitio dentro de una proximidad inmediata durante la mayoría de las horas despiertas. La expectativa es que el participante deberá recibir la atención personal de cuando menos un miembro del personal, a menos que se indique algo diferente en el IPC y sea aprobado por la División. Un apoyo ocasional de 2:1 se incluye en esta tarifa y deberá indicarse en el IPC. Deberá haber un apoyo del personal en la residencia durante la noche como se indica en el IPC. Los participantes que reciben este nivel de servicio no deberán ser elegibles para un monitoreo remoto.

Monitoreo remoto

El monitoreo remoto, como se define específicamente en los requerimientos de monitoreo remoto de Exenciones de HCBS, puede utilizarse para la supervisión de individuos en el **nivel diario básico, nivel 3 o nivel 4**. El monitoreo remoto se basará en una evaluación de riesgos y protocolo individual como se describe en el IPC. El monitoreo remoto deberá revisarse por la División antes de su implementación. Los proveedores y equipos de planes de cuidados deben cumplir con todos los requerimientos y estándares establecidos en el documento de Apoyos Virtuales de Exenciones de HCBS, el cual puede encontrarse en la página de Definiciones y tarifas de servicios del sitio web de la Sección de HCBS.

Para poder considerar el monitoreo remoto como un apoyo para el participante:

- El participante debe hacer una elección informada entre los servicios de apoyo en persona y remotos.
- El participante debe elegir una provisión de servicios a través del monitoreo remoto, y esa elección debe documentarse en el IPC del participante y demostrarse a través de un formulario de consentimiento firmado.
- El monitoreo remoto debe corresponder con el alcance y la definición del servicio de vida comunitaria recibido.
- El monitoreo remoto no debe usarse para la conveniencia del proveedor. La opción debe usarse para apoyar a que un participante logre los resultados identificados en el IPC del participante.
- El uso de la opción de monitoreo remoto no debe bloquear, prohibir o desalentar el uso de servicios en persona o acceso a la comunidad. Los participantes deben alentarse a convivir con amigos y familiares y activamente participar en su comunidad.
- El monitoreo remoto no es una opción si no facilita los deseos y anhelos de un participante.

Alcance y limitaciones

Los participantes deberán tener cuando menos 18 años de edad para recibir los servicios de vida comunitaria. Estos servicios no deberán duplicar o reemplazar los servicios cubiertos bajo IDEA o a través de los programas del Departamento de Servicios para Familias.

La vida comunitaria es un servicio de 24 horas. El siguiente requerimiento deberá cumplirse para permitir los pagos:

- Tarifa diaria básica – Un mínimo de cuatro horas de servicio documentado por día de calendario.

- Tarifa diaria de niveles 3-6 – Un mínimo de ocho horas de apoyo del personal documentado en la residencia del participante durante las horas despiertas y dormidas en un periodo de 24 horas (entre 12:00am-11:59pm).

Los servicios básicos de vida comunitaria pueden facturarse como una unidad de 15 minutos por un máximo de 4,745 unidades por año del plan para servicios individuales o por un máximo de 5,475 por año del plan para servicios de grupos. La unidad de 15 minutos y la tarifa diaria no deberán facturarse para un participante el mismo día.

Los participantes que eligen el monitoreo remoto como una opción de supervisión deberán completar una evaluación de riesgos y desarrollar un protocolo de monitoreo remoto antes de utilizarlo. Estándares adicionales deberán aplicarse a los proveedores que implementan las prácticas de monitoreo remoto.

Los participantes que no reciben servicios de vida comunitaria de niveles 3-6 y que tienen un riesgo significativo debido a las necesidades extraordinarias que no pueden satisfacerse en su situación de vivienda actual, pueden solicitar servicios de vida comunitaria de 24 horas si el participante cumple con la definición de una emergencia descrita en la Sección 14 del Capítulo 46 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud.

El apoyo con las necesidades de cuidado personal es un componente de los servicios de vida comunitaria, por lo que los servicios de vida comunitaria y servicios de cuidado personal no deberán coincidir.

El pago no deberá hacerse por el costo de alojamiento y comida, incluyendo el costo de mantenimiento, conservación y mejoramiento de edificios. El método por el cual los costos de alojamiento y comida son excluidos del pago de servicios de vida comunitaria se indica en el Anexo I-5 de las solicitudes de Exención Integral y de Apoyos.

Un proveedor pariente (definido como el padre biológico, adoptivo o padrastro de un participante) puede proveer todos los componentes de este servicio como se define, pero deberá formar una compañía de responsabilidad limitada (LLC) o una corporación, ser un proveedor certificado o un empleado de un proveedor certificado, y no deberá residir en la misma vivienda que el participante.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de apoyo comunitario	Exención Integral Exención de Apoyos	T2021	Básico	$2.77	15 minutos
		T2021 U1	Intermedio	$4.17	
		T2021 HB	Alto	$8.93	
		T2020	Lectura	$66.37	Diaria
		T2020 U3	Intermedio	$100.15	
		T2020 U4	Alto	$214.34	

Los servicios de apoyo comunitario ofrecen una asistencia para la adquisición, retención o mejoramiento de las destrezas de autoayuda, socialización y adaptativas. Los servicios incluyen las actividades diseñadas para mantener a los participantes involucrados en su ambiente, desarrollar y mantener relaciones y apoyarse en las destrezas aprendidas anteriormente. Los servicios deberán proveerse de acuerdo con el IPC del participante, así como también deberán incluir un acceso total a la comunidad al igual que los miembros de la comunidad que no reciben los servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid. Los apoyos educativos para adultos son una actividad aprobada de este servicio.

Los servicios de apoyo comunitario no deberán programarse o proveerse en la residencia privada del participante. Los servicios deberán proveerse en una variedad de entornos en la comunidad y no deberán limitarse solamente a los entornos de lugares fijos o de congregación. Las actividades y ambientes deberán promover la adquisición de destrezas, comportamiento apropiado, mayor independencia, conexión comunitaria y elección personal. El transporte es un componente de los servicios de apoyo comunitario y está incluido en la tarifa para proveedores.

Los servicios de apoyo comunitario deberán enfocarse en ayudar a que el participante logre o mantenga su nivel funcional máximo, y deberán servir para reforzar las destrezas o lecciones enseñadas en otros entornos, incluyendo las destrezas aprendidas durante los servicios de terapia. Los participantes no deberán ser pagados por las actividades realizadas durante este servicio. El apoyo comunitario es un servicio de habilitación. El entrenamiento de objetivos deberá enfocarse en el acceso comunitario y se espera que sea parte de la provisión de servicios, y el progreso deberá documentarse y hacerse disponible cada mes para el participante, representante legalmente autorizado y administrador de casos.

Los servicios de apoyo comunitario se facturan como una tarifa de 15 minutos o diaria.

Un participante recibe un nivel de servicio aprobado en el IPC en base a las necesidades, de acuerdo con las siguientes descripciones de niveles:

Nivel de cuidado básico
Un participante con una puntuación de nivel de servicio (LOS) 1 o 2 generalmente estará en este nivel. Este servicio requiere apoyos del personal y una atención personal que son limitados para un participante diariamente debido a un nivel de independencia y funcionamiento moderadamente alto. Las necesidades del comportamiento (si hay alguna) pueden satisfacerse con medicamentos o una dirección informal por el personal. La persona puede tener periodos de tiempo con una supervisión indirecta del personal en la cual el personal está en el sitio y disponible al alcance del oído de una petición.

Nivel de cuidado Intermedio
Un participante con un LOS de Nivel 3 o 4 generalmente estará en este nivel. Este nivel de servicios requiere una supervisión intensificada de tiempo completo con el personal disponible como se indica en el IPC, debido a las limitaciones funcionales significativas o necesidades médicas o del comportamiento. Los apoyos médicos y del comportamiento generalmente no son intensos y pueden proveerse en un entorno de personal compartido. La atención personal regular se provee durante el día para un cuidado personal, reforzamiento, comunidad o actividades sociales.

Nivel de cuidado alto
Un participante con un LOS de Nivel 5 o 6 generalmente estará en este nivel. Este nivel de servicios requiere una supervisión de tiempo completo con el personal disponible dentro de una proximidad cercana y como se indica en el IPC. Deberá proveerse una interacción con los empleados y atención personal frecuentes para las limitaciones funcionales significativas y necesidades médicas y del comportamiento. Las necesidades de apoyo y supervisión son moderadamente intensas, aunque generalmente pueden proveerse en un entorno de personal compartido, a menos que se indique algo diferente en el IPC. La atención personal frecuente deberá proveerse durante el día para reforzamiento, apoyos del comportamiento positivo, cuidado personal, comunidad o actividades sociales.

Alcance y limitaciones

Los servicios de apoyo comunitario deberán estar disponibles para los participantes de 18 años de edad o más. Los servicios no deberán duplicar o reemplazar los servicios cubiertos bajo IDEA. Una evidencia demostrando que los servicios del distrito escolar se han agotado (certificado de graduación) debe presentarse para los participantes menores de 21 años. Las unidades aprobadas deberán basarse en las necesidades de nivel de apoyo individual y deben acomodarse dentro del presupuesto asignado. Un mínimo de seis horas por día debe proveerse para poder facturar la tarifa diaria. La tarifa de 15 minutos y tarifa diaria no deberán facturarse el mismo día.

La tarifa de nivel de cuidado alto para los servicios de apoyo comunitario deberá estar disponible para los participantes que desean recibir ayuda del proveedor para desarrollar relaciones significativas y conexiones sociales en la comunidad con un enfoque más individualizado. Un participante con cualquier puntuación de LOS puede agregar a su IPC la tarifa de nivel de cuidado alto para este servicio por servicios individuales con un máximo de otro participante de exención, durante los cuales todo el tiempo se pasa en la comunidad y no en el entorno de un proveedor.

Un proveedor pariente (definido como un padre biológico, adoptivo o padrastro) puede proveer este servicio, siempre y cuando se cumpla con la Sección 31 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud. Los servicios de apoyo comunitario no deberán proveerse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia de Medicaid Estatal.

El apoyo con las necesidades de cuidado personal, incluyendo una asistencia de medicamentos, es un componente del servicio, aunque no deberá ser más del 20% de ese servicio. Los servicios de cuidado personal no deberán facturarse al mismo tiempo que este servicio.

El IPC de un participante puede incluir dos o más servicios que no sean de vida comunitaria, siempre y cuando las horas de servicio no coincidan. Los servicios no deberán exceder una cantidad promedio semanal de 35 horas si el individuo recibe servicios de vida comunitaria de un nivel 3-6. La tarifa diaria no deberá facturarse si el participante recibe servicios de vida comunitaria de un nivel 3-6 y recibe otros servicios que no sean de vida comunitaria durante el día.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de acompañantes	Exención Integral Exención de Apoyos • *Pueden ser dirigidos por el participante*	S5135	Individual	$7.45	15 minutos
		S5135 TT	Grupo máximo de 3	$3.14	

Los servicios de acompañantes incluyen supervisión, socialización y asistencia para que un participante mantenga la seguridad en el hogar y la comunidad, y para mejorar su independencia. Los acompañantes pueden asistir o supervisar al participante con tareas como preparación de comidas, lavado de ropa y compras, pero no desempeñan estas actividades como servicios discretos. Los acompañantes también pueden realizar tareas domésticas ligeras que son incidentales al cuidado y la supervisión del participante. La provisión de servicios de acompañantes no incluye los cuidados de enfermería directos, pero incluye un cuidado personal como asistencia de medicamentos y asistencia con actividades de la vida diaria cuando sea necesario durante la provisión de servicios. El transporte de rutina está incluido en la tarifa de reembolso.

Como se autoriza en 42 U.S.C 1396a(h), este servicio puede proveerse en un hospital de cuidados intensivos si los servicios son o están:

- Identificados en el IPC del participante;
- Provistos para satisfacer las necesidades del participante que no se satisfacen a través de la provisión de servicios hospitalarios de cuidados intensivos;
- No son un sustituto para servicios que el hospital de cuidados intensivos está obligado a proveer a través de sus condiciones de participación o bajo las leyes estatales o federales, o bajo otro requerimiento aplicable; y
- Diseñados para asegurar una transición fluida entre el entorno de cuidados intensivos y los entornos domiciliarios y comunitarios, y preservar las habilidades funcionales del participante.

Los administradores de casos y proveedores deben coordinarse con el personal del hospital y los miembros del equipo del plan de cuidados para asegurar que la transición del participante sea fluida desde una estancia hospitalaria temporal a su hogar.

Alcance y limitaciones

Este servicio está disponible para los participantes de 18 años de edad o más, se reembolsa en una unidad de 15 minutos y está disponible como un servicio individual o como una tarifa de grupo sirviendo a dos o tres personas. El servicio deberá proveerse por un máximo de nueve horas por día, excepto para los eventos especiales o viajes fuera de la ciudad. Este servicio no deberá usarse junto con los servicios de vida comunitaria, por lo que las horas de servicio no deberán coincidir. Este servicio no deberá usarse para proveer un monitoreo mientras un participante duerme o para apoyarlo cuando esté trabajando.

Los servicios de acompañantes provistos para los participantes de 10-21 años de edad no deberán duplicar o reemplazar los servicios que no estén cubiertos bajo IDEA. Los servicios no deberán proveerse durante

el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

El IPC de un participante puede incluir dos o más servicios que no sean de vida comunitaria, siempre y cuando las horas de servicio no coincidan. Los servicios no deberán exceder un cantidad promedio semanal de 35 horas si el individuo recibe servicios de vida comunitaria de un nivel 3-6.

Este servicio está sujeto a una verificación de visitas electrónica.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Apoyo de intervención de crisis	Exención Integral Exención de Apoyos	H2011	$8.81	15 minutos

Los servicios de intervención de crisis están disponibles para situaciones donde el nivel de servicio de un participante podría no proveer el apoyo suficiente para actividades específicas, condiciones médicas u ocurrencias de una crisis o comportamiento desafiante, pero que no se necesita una supervisión extensiva en todo momento. La intervención de crisis provee el financiamiento para un apoyo del personal adicional con el fin de responder a una emergencia del comportamiento emergente potencial, supervisar a un participante durante los momentos de episodios del comportamiento periódicos cuando la persona es un peligro para sí misma u otros, o si el participante tiene una condición médica ocasional o temporal y está en riesgo de un daño inminente sin el apoyo del personal adicional. La intervención para propósitos del comportamiento no busca monitorear a la persona si el comportamiento ocurre, sino para el propósito de apoyar al participante cuando surge la necesidad, usando los apoyos e intervenciones del comportamiento positivo descritos en el IPC para reducir la intensidad de una situación, enseñar los comportamientos apropiados y mantener al participante seguro hasta que se estabilice.

Alcance y limitaciones

El servicio solamente deberá proveerse a un participante de 18 años de edad o más en los niveles 3-5 de servicios de vida comunitaria o servicios diurnos de habilitación. Debido a la expectativa de que el participante en un nivel 6 de servicios de vida comunitaria deberá recibir la atención de uno o dos miembros del personal como se indica en el plan de cuidados, este nivel de servicios no es elegible para una intervención de crisis.

Las unidades de intervención de crisis deberán basarse en la necesidad verificada y la evidencia del diagnóstico o condición que requiere el servicio. La documentación del progreso y los datos sobre el comportamiento y los resultados de los servicios de intervención deben entregarse al administrador de casos y la División con la frecuencia indicada en el IPC.

Los parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de dietistas	Exención Integral Exención de Apoyos	S9470	$30.85	Sesión

Los servicios de dietistas deberán proveerse por un dietista registrado e incluyen los servicios como planeación de menús, consultación y entrenamiento de los cuidadores, y educación del participante. Los servicios no incluyen el costo de las comidas. Este servicio deberá ser económico y necesario para prevenir una institucionalización.

Alcance y limitaciones

Los servicios de dietistas están disponibles para los participantes que tienen 21 años de edad o más. Los participantes menores de 21 años pueden acceder a este servicio a través de los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

Los servicios de dietistas están disponibles en el Plan Estatal de Medicaid; por lo tanto, el servicio de exención no deberá usarse a menos que los servicios del plan estatal se hayan agotado. Los servicios de dietistas deberán designarse en el IPC del participante. Los servicios deberán apoyarse con una evaluación formal completada por un dietista registrado y ordenada por un profesional médico con licencia. Las referencias y reclamos facturados para este servicio deberán incluir el número de NPI de la entidad referente. Un formulario de responsabilidad de terceros deberá requerirse.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

Cuando menos 30 minutos de servicio deberán proveerse por sesión para poder facturar.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Modificaciones ambientales	Exención Integral Exención de Apoyos	S5165 NU	Nuevo	PA#	Por evento
		S5165	Reparación		

Las modificaciones ambientales incluyen las adaptaciones físicas a la residencia privada del participante o la familia del participante, como se describe en el IPC del participante, que son necesarias para asegurar la salud, bienestar y seguridad del participante, o que permiten que el participante funcione con más independencia en su hogar. Las adaptaciones incluyen la instalación de rampas y barras para sujetarse, ampliación de puertas y modificaciones a los cuartos de baños para el propósito de accesibilidad del participante. Todos los servicios deberán proveerse de acuerdo con los códigos de construcción locales y estatales correspondientes.

De acuerdo con la Sección 5 del Capítulo 44 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud, una modificación ambiental cuando menos deberá cumplir con dos de los criterios siguientes:

- Ser funcionalmente necesaria.
- Contribuir con la capacidad del participante para permanecer o regresar a su hogar y fuera de un centro de cuidados intermedios para individuos con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Ser necesaria para asegurar la salud, bienestar y seguridad del participante.

Alcance y limitaciones

Un límite de por vida de $20,000 por familia para cualquier exención de discapacidad del desarrollo actual o anterior será calculado para las compras realizadas después del 1 de julio del 2013.

Las modificaciones ambientales que no deberán cubrirse incluyen, entre otras:

- Modificaciones a una residencia que son de utilidad general o que son principalmente para la conveniencia de otra persona que no sea el participante como cuidadores o miembro de su familia.
- Modificaciones a una residencia que no sean un beneficio médico o funcional directo para el participante.
- Modificaciones a una residencia cuando el costo de dichas modificaciones excede el valor de la residencia antes de las modificaciones; y
- Modificaciones que están cubiertas por otra fuente de financiamiento.

Las modificaciones excluidas incluyen, entre otras, instalación o reparación de alfombras, reparación o reemplazo de techos; aire acondicionado; instalación o reparación de cobertizos de vehículos, porches, patios, garajes, pórticos, terrazas; instalación de albercas, jacuzzis o spas; trabajos de jardinería; exterminación de plagas; modificaciones que son parte de una construcción nueva; reparación o reemplazo de componentes del edificio estructurales y reemplazo de ventanas.

Las modificaciones que agregan a la superficie cuadrada total del hogar se excluyen de este beneficio, excepto cuando sea necesario para completar una adaptación (por ejemplo, para mejorar la entrada o salida de una residencia o configurar un baño para acomodar una silla de ruedas). Las modificaciones de

viviendas rentadas o arrendadas deberán ser alteraciones extraordinarias que solamente se necesitan para el individuo y para las cuales el dueño de la propiedad normalmente no sería responsable.

Los administradores de casos tienen requerido determinar que la modificación solicitada no está cubierta por otra fuente de financiamiento. Después, el proveedor debe firmar un formulario de verificación de terceros indicando que la exención es el pagador como último recurso. Las adaptaciones de accesibilidad del hogar no deberán proveerse para modificar los entornos poseídos o arrendados por los proveedores de servicios de exención.

De acuerdo con el Capítulo 44 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud, el administrador de casos deberá obtener cotizaciones hasta que el alcance general del proyecto sea aprobado por la División. La División puede usar terceros para realizar una inspección del sitio para evaluar la modificación propuesta y la necesidad de la modificación para asegurar una eficiencia de costos.

Un proveedor pariente (definido como un padre biológico, adoptivo o padrastro) puede proveer este servicio de acuerdo con el Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud, siempre y cuando cumpla con los requerimientos siguientes:

- Es un proveedor de modificaciones ambientales de exención de Medicaid certificado; y
- La División recibe cuando menos otra licitación de otro proveedor para asegurar una eficiencia de costos.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de tareas domésticas	Exención Integral Exención de Apoyos • *Pueden ser dirigidos por el participante*	S5130	$6.49	15 minutos

Los servicios de tareas domésticas consisten en actividades domésticas como preparación de comidas y cuidados del hogar de rutina. Los servicios deberán estar disponibles cuando el individuo que regularmente es responsable de estas actividades temporalmente no está disponible o no puede manejar el hogar y cuidar de sí mismo o cuidar de otros en el hogar. Las tareas domésticas no son un servicio de cuidados directos, por lo que otros servicios de cuidados directos de exención pueden proveerse por un proveedor o personal del proveedor diferente durante el mismo periodo.

Alcance y limitaciones

Un máximo de tres horas semanales por hogar (624 unidades por año) está permitido. Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

Este servicio no está disponible para los participantes que reciben servicios de hogares de habilitación de familias especiales, hogares anfitriones o servicios de vida comunitaria de nivel 3-6.

- Un proveedor de servicios de tareas domésticas no deberá facturarse para dos participantes durante el mismo periodo.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Entrenamiento de habilitación individual	Exención Integral Exención de Apoyos • *Puede ser dirigidos por el participante*	T2038	$7.34	15 minutos

El entrenamiento de habilitación individual es un servicio de entrenamiento intensivo individual para asistir a un participante con la adquisición o mejoramiento de las destrezas que todavía no se han dominado, las cuales contribuirán a un funcionamiento más independiente y de un nivel más alto. Los servicios de entrenamiento de habilitación individual están disponibles para los participantes que viven con cuidadores no pagados o quienes necesitan una supervisión y apoyo pagado de menos de 24 horas.

- Los objetivos del entrenamiento son requeridos, deben ser significativos para el participante y deben incluir lo siguiente: desarrollo de destrezas adaptativas; asistencia y entrenamiento sobre las actividades de la vida diaria; seguridad y navegación de transporte; desarrollo de capital social y conexiones; y desarrollo de destrezas de pasatiempos para trabajar en las destrezas motoras finas y gruesas.
- Los objetivos deben ser específicos y medibles, y los datos deben rastrearse y analizarse para identificar las tendencias. Los reportes de progreso sobre el progreso o falta de progreso deben proveerse al administrador de casos y el participante o custodio mensualmente. Los objetivos deberán revisarse cuando sea necesario cuando las destrezas se adquieren o un objetivo no está generando ningún progreso.
- Los servicios pueden proveerse en el hogar del participante o en la comunidad.
- Los apoyos pueden incluir una inclusión dentro de un grupo comunitario u organización de voluntarios, oportunidades para que el participante se una a asociaciones y grupos comunitarios; oportunidades de inclusión en una amplia variedad de actividades comunitarias, incluyendo oportunidades para buscar intereses sociales y culturales, toma de decisiones y voluntariado.
- El transporte relacionado con los objetivos de entrenamiento del participante deberá proveerse por el proveedor de servicios y está incluido en la tarifa para el servicio.
- Este servicio incluye los servicios no disponibles a través de IDEA u otros programas de educación pública en el distrito escolar local del participante, incluyendo supervisión después de la escuela, servicios diurnos cuando la escuela no esté en sesión y servicios para niños en edad preescolar.

Alcance y limitaciones

El entrenamiento de habilitación individual es un servicio de entrenamiento intensivo; por lo tanto, se espera que el entrenamiento ocurra en todo momento cuando este servicio sea provisto. Si el participante no puede sostener el entrenamiento intensivo, el IPC deberá identificar un servicio alternativo para usarse durante los momentos en que se provee una supervisión, pero el entrenamiento no se realiza. El entrenamiento de habilitación individual es un servicio individual. Está disponible para los participantes de 0-20 años de edad y deberá aprobarse en base a las necesidades y límite de presupuesto del participante. El entrenamiento de habilitación individual se limita a cuatro horas por día.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

El entrenamiento de habilitación individual no deberá proveerse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia de Medicaid Estatal.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Terapia ocupacional	Exención Integral Exención de Apoyos	97532	Individual	$24.68	15 minutos
		97150	Grupo	$18.43	Sesión

Los servicios de terapia ocupacional consisten en toda la variedad de actividades provistas por un terapeuta ocupacional con licencia. Los servicios incluyen evaluar las necesidades, desarrollar un plan de tratamiento, determinar la intervención terapéutica y entrenar y asistir con las ayudas adaptativas. Los servicios de terapia ocupacional a través de exención pueden usarse para el mantenimiento y prevención de la regresión de destrezas.

Alcance y limitaciones

Los servicios de terapia ocupacional están disponibles para los participantes que tienen 21 años de edad o más. Los participantes menores de 21 años pueden acceder a este servicio a través de los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

Las unidades deberán sujetarse a una autorización previa y requieren una prescripción y carta o recomendación de tratamiento que proviene de un profesional médico con licencia. Las referencias y reclamos facturados para este servicio deben incluir el número de NPI de la entidad referente. Los servicios restaurativos están disponibles en el Plan Estatal de Medicaid. La terapia de mantenimiento puede proveerse bajo la exención y deberá respaldarse con un formulario de responsabilidad de terceros. La terapia restaurativa del Plan Estatal de Medicaid y la terapia de mantenimiento de exención no deberán facturarse el mismo día.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

Los servicios están disponibles como una unidad de 15 minutos individual o como una unidad de sesión de grupo, lo cual requiere un mínimo de 30 minutos de servicio para poder facturarse.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de cuidado personal	Exención Integral Exención de Apoyos • *Pueden ser dirigidos por el participante*	T1019	$7.22	15 minutos

Los servicios de cuidado personal consisten en una variedad de asistencia para permitir que el participante logre las tareas que normalmente haría por su cuenta si no tuviera una discapacidad. Esta asistencia puede tomar la forma de una asistencia directa o motivar al participante a desempeñar la tarea. Los servicios de cuidado personal pueden proveerse en un episodio único o de manera continua. Los servicios relacionados con la salud que pueden proveerse incluyen cuidados relacionados con los protocolos médicos o de salud, asistencia o administración de medicamentos y ejercicios de rango de movimiento. Los servicios relacionados con la salud pueden proveerse después de que el personal sea entrenado por el entrenador o profesional médico apropiado y que la documentación del entrenamiento sea evidente.

Los servicios de cuidado personal pueden incluir una asistencia para realizar actividades de la vida diaria (por ejemplo: bañarse, vestirse, higiene personal, asistencia para usar el baño, transferirse, mantener la continencia) y actividades de la vida diaria instrumentales más complejas (por ejemplo: tareas domésticas ligeras, lavado de ropa, preparación de comidas excluyendo los costos de la comida, manejo de medicamentos y dinero).

El participante deberá estar físicamente presente durante la visita. Los servicios de cuidado personal pueden proveerse en el hogar del participante o en la comunidad. Los servicios de cuidado personal deberán ser esenciales para la salud y bienestar del participante y no para la familia del participante. Si el individuo que provee este servicio no ha sido contratado o supervisado por una agencia, entonces el participante es responsable de supervisar al individuo y puede coordinar el monitoreo del servicio con su administrador de casos.

Como se autoriza en 42 U.S.C 1396a(h), este servicio puede proveerse en un hospital de cuidados intensivos si los servicios son o están:

- Identificados en el IPC del participante;
- Provistos para satisfacer las necesidades del participante que no se satisfacen a través de la provisión de servicios hospitalarios de cuidados intensivos;
- No son un sustituto para servicios que el hospital de cuidados intensivos está obligado a proveer a través de sus condiciones de participación o bajo las leyes estatales o federales, o bajo otro requerimiento aplicable; y
- Diseñados para asegurar una transición fluida entre el entorno de cuidados intensivos y los entornos domiciliarios y comunitarios, y preservar las habilidades funcionales del participante.

Los administradores de casos y proveedores deben coordinarse con el personal del hospital y los miembros del equipo del plan de cuidados para asegurar que la transición del participante sea fluida desde una estancia hospitalaria temporal a su hogar.

Alcance y limitaciones

Este servicio está disponible para todas las edades y es un servicio individual. El número de unidades de servicios de cuidado personal autorizadas por la División se basarán en las necesidades de cuidados extraordinarios individuales como se indica en el IPC y otras evaluaciones. En Exención Integral, hay un límite de 7,280 unidades por año. No hay un límite en Exención de Apoyos.

Los servicios de cuidado personal están incluidos en los servicios diurnos para adultos, de acompañantes, habilitación de niños, apoyo comunitario, empleo apoyado y vida comunitaria. Los servicios de cuidado personal no deberán facturarse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia de Medicaid Estatal. Los servicios de cuidado personal no deberán proveerse en el mismo IPC como servicios de hogares de habilitación de familias especiales o de hogares anfitriones. Los participantes de exención que necesitan los servicios de cuidado personal deberán utilizar los proveedores que pueden brindar el tipo, cantidad y flexibilidad de los servicios considerados como los más apropiados para ellos.

Un proveedor pariente (definido como un padre biológico, adoptivo o padrastro) puede proveer este servicio con ciertas restricciones:

- Un pariente solamente podrá proveer este servicio si es un proveedor certificado y forma una compañía de responsabilidad limitadas (LLC) u otra corporación, o trabaja para un proveedor certificado.
- El número de unidades aprobadas para un proveedor pariente dependerá de las necesidades individuales del participante y no deberá exceder cuatro horas por día o 5,840 unidades por año. El número de unidades de servicio deberá justificarse en el IPC.
- Si el participante tiene menos de 18 años de edad, la provisión de servicios de cuidado personal por un pariente sólo deberá autorizarse para servicios de cuidados extraordinarios evaluados como se documenta en el IPC.

Los casos de cuidados extraordinarios deberán cumplir con los criterios siguientes:

1. El Cociente de Comportamiento Adaptativo del participante es 0.35 o menos en el inventario para la evaluación de Planeación de Clientes y Agencias (ICAP); y
2. El participante necesita una asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL) que exceden el rango de las actividades esperadas que un individuo legalmente responsable realizaría normalmente en el hogar en nombre de una persona sin una discapacidad o enfermedad crónica de la misma edad, las cuales son necesarias para asegurar la salud y el bienestar del participante y las cuales evitarían una institucionalización. (Ejemplo: Un niño de 12 años de edad necesita asistencia para bañarse y vestirse, mientras el promedio de los niños de 12 años de edad no lo necesitan.); o
3. El participante requiere cuidados de una persona con destrezas médicas especializadas relacionadas con el diagnóstico o condición médica del participante cuando se consideran apropiados por el profesional médico del participante y la División.

Un representante legalmente autorizado de una persona menor de 18 años de edad puede proveer los servicios de cuidado personal para su representado si cumple con las restricciones indicadas arriba. Un representante legalmente autorizado no deberá autorizarse para proveer los servicios de cuidado personal para un individuo de 18 años de edad o más. Si un representante legalmente autorizado provee

servicios de cuidado personal para su representado menor, el IPC deberá desarrollarse y monitorearse por un administrador de casos sin un conflicto de intereses para asegurar que la provisión de servicios ofrezca el mayor beneficio para el participante.

Los proveedores parientes y representantes legalmente autorizados no deberán proveer este servicio a través de dirección del participante.

El IPC deberá indicar que los servicios no duplican servicios similares, apoyos naturales o servicios de otro modo disponibles para el participante.

Los costos de transporte no se incluyen como parte de este servicio.

Este servicio está sujeto a una verificación de visitas electrónica.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Terapia física	Exención Integral Exención de Apoyos	97110	Individual	$29.11	15 minutos
		97150	Grupo	$18.43	Sesión

Los servicios de terapia ocupacional consisten en toda la variedad de actividades provistas por un terapeuta físico con licencia. Este servicio asiste a los participantes para preservar y mejorar sus capacidades para tener un funcionamiento independiente, tales como rango de movimiento, fuerza, tolerancia y coordinación. Esto también puede prevenir, en la medida de lo posible, las discapacidades progresivas a través del uso de dispositivos de asistencia y adaptativos, posicionamiento y estimulación sensorial.

Alcance y limitaciones

Los servicios de terapia física están disponibles para los participantes que tienen 21 años de edad o más. Los participantes menores de 21 años pueden acceder a este servicio a través de los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

Las unidades deberán sujetarse a una autorización previa y requieren una prescripción y carta o recomendación de tratamiento que proviene de un profesional médico con licencia. Las referencias y reclamos facturados para este servicio deberán incluir el número de NPI de la entidad referente. Los servicios restaurativos están disponibles en el Plan Estatal de Medicaid. La terapia de mantenimiento puede proveerse bajo la exención y deberá respaldarse con un formulario de responsabilidad de terceros. La terapia restaurativa del Plan Estatal de Medicaid y la terapia de mantenimiento de exención no deberán facturarse el mismo día.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

Los servicios están disponibles como una unidad de 15 minutos individual o como una unidad de sesión de grupo, lo cual requiere un mínimo de 30 minutos de servicio para poder facturarse.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Respiro	Exención Integral Exención de Apoyos • *Pueden ser dirigidos por el participante* • *Los servicios dirigidos por el participante se limitan a unidades de 15 minutos. Las tarifas diarias no deberán ser dirigidas por el participante.*	T1005	Individual	$7.35	15 minutos
		T1005HQ	Grupo de 2	$4.15	
		S5151	Individual	$264.67	Diaria
		S5151U8	Grupo de 2	$149.26	

Los servicios de respiro tienen la intención de utilizarse a corto plazo para proveer un alivio de las cargas de cuidados diarias para un cuidador principal o no pagado. El respiro incluye una asistencia con el cuidado personal y actividades de la vida diaria (ADL), asistencia de medicamento si es necesaria y supervisión.

El respiro puede proveerse en el hogar del cuidador, el hogar del proveedor o en entornos comunitarios. El entorno y los servicios de respiro deberán apoyar las necesidades identificadas del participante. El respiro solamente deberá proveerse para un máximo de dos participantes al mismo tiempo. Tres participantes pueden apoyarse en este servicio si son miembros de la familia, viven en el mismo hogar y pueden apoyarse de una manera segura por el proveedor. Un proveedor de servicios de respiro también puede proveer una supervisión para otros niños menores de 12 años edad u otros individuos que requieren un apoyo y supervisión, pero deberá limitar el número combinado total de personas para quienes provee los servicios a un máximo de tres, a menos que sea aprobado por la División. El proveedor deberá apegarse a los niveles de supervisión identificados en el IPC de cada participante.

El transporte de rutina está incluido en la tarifa de servicio.

El respiro se reembolsa como una unidad de 15 minutos o tarifa diaria.

Alcance y limitaciones

El respiro no deberá usarse para sustituir los cuidados mientras el cuidador principal está en el trabajo o durante los servicios de otro modo disponibles a través de los programas de educación pública, incluyendo actividades educativas, supervisión después de la escuela, servicios diurnos cuando la escuela no esté en sesión o servicios para niños en edad preescolar. El participante puede elegir recibir un servicio más apropiado, tales como servicios de habilitación de niños o de acompañantes para apoyo y supervisión mientras su cuidador principal está trabajando. El respiro no deberá reemplazar los servicios diurnos o de vida comunitaria.

El respiro no deberá facturarse al mismo tiempo que cualquier otro servicio de exención. Esta prohibición incluye la facturación o provisión de servicios de respiro el mismo día en que el participante recibe una unidad diaria de servicios de vida comunitaria.

El respiro no deberá proveerse al mismo tiempo para los individuos menores de 18 años y los individuos de 18 años y más. Cuando los participantes son miembros de la misma familia, el respiro puede proveerse para los adultos y niños al mismo tiempo con la aprobación de la División. En estas situaciones, una descripción detallada sobre cómo se proveerá el respiro debe incluirse en el IPC de cada participante.

En Exención Integral, hay un límite anual de 5,616 unidades de 15 minutos individuales. Cada unidad diaria cuenta como 48 unidades contra las 5,616 unidades de 15 minutos individuales. No hay un límite de servicios en Exención de Apoyos.

- La tarifa de 15 minutos y tarifa diaria no deberán facturarse para un participante el mismo día.
- El respiro provisto por 9 horas o menos debe facturarse como una unidad de 15 minutos. Cualquier uso del respiro por más de nueve horas diarias debe facturarse como una unidad diaria. Esto incluye los servicios provistos por más de un proveedor.
- Las unidades de servicio aprobadas se basan en las necesidades y límite de presupuesto del participante.
- Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.
- Los servicios de respiro no deberán proveerse durante el mismo periodo que otros servicios de exención, los cuales están sujetos a una auditoría por la Unidad de Integridad de Programas dentro de la Agencia de Medicaid Estatal.

Este servicio está sujeto a una verificación de visitas electrónica.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de enfermería especializada	Exención Integral Exención de Apoyos	T1002	$19.38	15 minutos
	Evaluación de enfermería especializada	T1001	$77.52	Sesión

Los servicios de enfermería especializada son servicios de cuidados médicos provistos de manera intermitente o de medio tiempo para los individuos con condiciones médicas crónicas complejas, los cuales se realizan dentro del alcance de las prácticas de enfermeros como se define por la Ley de Prácticas de Enfermeros de Wyoming. Los servicios de enfermería especializada deben cumplir con el alcance y naturaleza de los servicios provistos bajo el Plan Estatal de Medicaid y solamente pueden estar disponibles cuando los servicios del Plan Estatal se hayan agotado.

Los servicios deben requerir un nivel de destrezas que no pueden realizarse por individuos sin un entrenamiento médico y deben respaldarse con la orden de un profesional médico con licencia. Las referencias y reclamos facturados para este servicio deberán incluir el número de NPI de la entidad referente. El formulario requerido por la División debe presentarse al contratista de la División que aprueba los servicios de enfermería especializada y debe obtenerse una autorización antes de que los servicios se agreguen al IPC.

Una evaluación de enfermería especializada anual con un máximo de una (1) unidad por año del plan puede agregarse al IPC. Una evaluación en persona sobre las necesidades de enfermería especializada del individuo es requerida como parte de la evaluación y el formulario requerido por la División, el cual incluye un plan para abordar las necesidades identificadas, debe presentarse para poder facturar por la evaluación o petición antes de la autorización de los servicios de enfermería especializada.

Alcance y limitaciones

Los servicios de enfermería especializada están disponibles para los participantes que tienen 21 años de edad o más. Los participantes menores de 21 años pueden acceder a este servicio a través de los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

Los servicios de enfermería especializada son una extensión del Plan Estatal de Medicaid y requieren una carta de autorización previa antes de que los servicios puedan agregarse al plan de un participante. La carta de autorización previa incluirá el número de unidades que hayan sido aprobadas para el plan del participante.

- Una unidad facturable de servicios de enfermería especializada se considera ser un servicio provisto hasta de 15 minutos y que involucra cuidados del participante directos individuales.
- Los proveedores no pueden reembolsarse por servicios de enfermería especializada que no incluyen cuidados del participante directos o servicios que no incluyen deberes de enfermería especializada. Por ejemplo, los proveedores de enfermería especializada no pueden reembolsarse

por supervisión de participantes, transporte para citas médicas, tiempo pasado en una sala de espera con el participante o tiempo pasado organizando o completando una documentación.

- Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.
- Los asistentes de enfermería certificados y otros individuos no certificados no deberán proveer este servicio.

Este servicio está sujeto a una verificación de visitas electrónica.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Hogar de habilitación de familias especiales	Exención Integral	T2033	$255.01	Diaria

Los servicios de hogares de habilitación de familias especiales (SFHH) consisten en los servicios diseñados y coordinados individualmente y específicos para el participante que se proveen dentro de un ambiente del hogar anfitrión de una familia (que no sean los padres biológicos, adoptivos o padrastros). Los servicios solamente están disponibles para los niños de 0-17 años de edad.

Los servicios de SFHH están disponibles hasta que otra opción residencial esté disponible para el niño, sujetos a la participación del Departamento de Servicios para Familias, Departamento de Educación, Oficina del Procurador General y Departamento de Salud de Wyoming. La División trabajará con el Departamento de Servicios para Familias y el Departamento de Educación para ayudar a que el niño reciba servicios residenciales si se determina que estos son el último recurso para el menor. Cuando un niño en este servicio cumple 18 años, podría hacer una transición al servicio de vida comunitaria apropiado.

- El transporte entre el lugar de residencia del participante, otros sitios de servicios o lugares en la comunidad está incluido en la tarifa.
- Los proveedores son responsables de las oportunidades de entrenamiento formal e informal. Los horarios del participante deben individualizarse y los objetivos deben ser significativos. Se espera que el entrenamiento de objetivos sea parte de la provisión de servicios y el progreso deberá documentarse y hacerse disponible cada mes para el participante, representante legalmente autorizado y administrador de casos.
- El proveedor de SFHH es el cuidador principal y asume los cuidados de 24 horas del participante. El proveedor debe estar en la residencia del participante, proveer servicios durante las horas despiertas y dormidas por un mínimo de ocho horas en un periodo de 24 horas (entre 12:00am – 11:59pm) para poder recibir un reembolso.
- Las visitas y los viajes de familia son alentados. El proveedor deberá reembolsarse por los días en que el participante salga y regrese de un viaje.

Alcance y limitaciones

- Medicaid es el pagador como último recurso. Los servicios de SFHH no deberán duplicar o reemplazar los servicios disponibles a través de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) o los programas del Departamento de Servicios para Familias.
- Este servicio no está abierto para los participantes nuevos que no hayan pasado por el proceso de aprobación del Comité de Cuidados Extraordinarios (ECC) para una colocación fuera de su hogar.
- Este servicio no puede usarse junto con los servicios de entrenamiento de habilitación individual.
- Los servicios de SFHH incluyen las necesidades de cuidado personal, por lo que los IPC con servicios de SFHH y servicios de cuidado personal no serán aprobados.
- Los proveedores parientes (definido como los padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Equipo especializado	Exención Integral Exención de Apoyos	T2029NU	Nuevo	PA#	Por evento
		T2029	Reparación		
		Límite anual de $2,000			

El equipo especializado incluye:

1. Dispositivos, controles o aparatos que permiten que el participante incremente su capacidad para realizar actividades de la vida diaria;
2. Dispositivos, controles o aparatos que permiten que el participante perciba, controle o se comunique con el ambiente o comunidad en donde vive;
3. Los artículos necesarios para un soporte vital o para abordar condiciones físicas, incluyendo los materiales y equipos auxiliares necesarios para el funcionamiento apropiado de dichos artículos;
4. Otro equipo médico durable y no durable que no está disponible bajo el Plan Estatal de Medicaid o Plan Educativo Individualizado (IEP) que sea necesario para abordar las limitaciones funcionales del participante; y
5. Los materiales médicos necesarios no disponibles bajo el Plan Estatal de Medicaid u otro seguro del participante. Los artículos reembolsados con fondos de exención son adicionales a cualquier equipo o material médico provisto bajo el Plan Estatal de Medicaid y excluye aquellos artículos que no sean de beneficio médico o curativo para el participante. Todos los artículos deberán cumplir con los estándares de fabricación, diseño e instalación correspondientes,

El IPC deberá reflejar la necesidad del equipo, cómo el equipo aborda las necesidades de salud, seguridad o accesibilidad del participante que le permite funcionar con más independencia, y la información específica sobre la frecuencia y el lugar donde se usará el equipo. Los criterios de aprobación y las limitaciones de este servicio se describen en el Capítulo 44 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud. El administrador de casos deberé verificar con Medicaid, Medicare y otra compañía de seguro del participante para ver si el equipo solicitado está cubierto bajo sus planes. Los fondos de exención son un pagador como último recurso.

Si el participante tiene un IEP o Plan Individualizado de Servicios para Familias, el administrador de casos tendrá requerido presentar una copia de ese documento, junto con la documentación que explique por qué el equipo no está disponible a través de esos servicios.

El equipo especializado deberá ser funcionalmente necesario, cumplir cuando menos con dos de los criterios siguientes y recibir la aprobación de la División:

1. Ser necesario para mejorar la capacidad del participante de realizar actividades de la vida diaria o de percibir, controlar o comunicarse con el ambiente donde vive;
2. Ser necesario para permitir que el participante funcione con más independencia y sin el cual el participante requeriría una institucionalización;
3. Ser necesario para asegurar la salud, bienestar y seguridad del participante.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) pueden proveer este servicio con los requerimientos siguientes:

- Son un proveedor de equipos especializados de exención de Medicaid certificado; y
- No imponen un margen de beneficio sobre el costo total del equipo cuando proveen este servicio para su pariente (a menos que ellos operen como una corporación sin fines de lucro); y
- Reciben cuando menos otra licitación de otro proveedor para asegurar una eficiencia de costos.

Alcance y limitaciones

El equipo especializado tiene un límite anual de $2,000 y está sujeto a una autorización previa a través de la División. El costo de la evaluación debe financiarse como parte del límite de $2,000.

Aun cuando sea prescrito por un profesional médico con licencia, el equipo especializado no deberá incluir lo siguiente:

- Artículos pagados por ninguna otra entidad;
- Artículos educativos o de terapia que son una extensión de los servicios provistos por el distrito escolar local o el Departamento de Educación;
- Artículos de uso general que no son específicos para una discapacidad o que normalmente estarían disponibles para cualquier niño o adulto; y
- Artículos de uso recreativo o de diversión.

Los artículos que no son financiados a través de servicios de equipo especializado incluyen, entre otros, muebles; aparatos; juegos; juguetes; vehículos motorizados y de tracción humana; libros; ropa; albercas y jacuzzis; computadoras y equipo de computadora; iPads y otras tabletas; lentes correctivos, y dispositivos y servicios de telecomunicación.

Los administradores de casos tienen requerido determinar que el equipo especializado no esté cubierto a través de otra fuente de financiamiento antes de presentar una petición para que la División pague por el equipo. Después, el proveedor debe firmar un formulario de verificación de terceros indicando que la exención es el pagador como último recurso. De acuerdo con la Sección 5 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud, cualquier proveedor de equipo especializado debe tener una certificación o licencia para el tipo de equipo que provee con el fin de prestar este servicio de exención.

La compra de dispositivos de tecnología electrónica deberá permitirse una vez cada cinco años y los artículos similares no deberán comprarse durante esos cinco años, a menos que el dispositivo se use como un medio principal para comunicarse y la petición esté acompañada de una carta de necesidad proveniente de un patólogo del habla y lenguaje. La División deberá limitar la compra de artículos generales (por ejemplo: iPad, tableta electrónica) y deberá requerir una recomendación escrita por un profesional de CSE antes de que dicho artículo sea aprobado.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios del habla, lenguaje y auditivos	Exención Integral Exención de Apoyos	92507	Individual	$42.02	Sesión
		92508	Grupo	$15.73	

Los servicios del habla, lenguaje y auditivos consisten en toda la variedad de actividades provistas por un patólogo del habla con licencia. Los servicios incluyen la detección y evaluación de participantes con respecto a la función del habla; desarrollo de planes de tratamiento terapéutico; intervención terapéutica directa; selección, asistencia y entrenamiento con dispositivos de comunicación aumentada, y la provisión de terapia continua.

Alcance y limitaciones

Los servicios del habla, lenguaje y auditivos están disponibles para los participantes que tienen 21 años de edad o más. Los participantes menores de 21 años pueden acceder a este servicio a través de los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

Las unidades deberán sujetarse a una autorización previa y requieren una prescripción y carta o recomendación de tratamiento que proviene de un profesional médico con licencia. Las referencias y reclamos facturados para este servicio deberán incluir el número de NPI de la entidad referente. Los servicios restaurativos están disponibles en el Plan Estatal de Medicaid. La terapia de mantenimiento puede proveerse bajo la exención y deberá respaldarse con un formulario de responsabilidad de terceros. La terapia restaurativa del Plan Estatal de Medicaid y la terapia de mantenimiento de exención no deberán facturarse el mismo día.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros) no deberán proveer este servicio.

Los servicios están disponibles como una sesión individual o de grupo, la cual requiere un mínimo de 30 minutos de servicio para poder facturarse.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.					
Servicio	**Programas**	**Código(s)**		**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de empleo apoyado	Exención Integral Exención de Apoyos • Pueden ser dirigidos por el participante (excluye empleo apoyado de grupos)	T2019	Individual	$8.07	15 minutos
		T2019UQ	Grupo	$2.79	
		T2019TS	SEFA	$8.07	

La finalidad de usar los servicios de empleo es ayudar al participante a encontrar y mantener un empleo que logre sus metas personales y vocacionales. Los servicios de empleo apoyado ofrecen una variedad de apoyos para asistir a un participante de 18 años de edad o más que, debido a su discapacidad, necesita un apoyo intensivo para encontrar y mantener un trabajo por cuenta propia o un empleo en un entorno de trabajo integrado y competitivo por el cual un participante es recompensado con o por encima del salario mínimo, pero no menos del salario acostumbrado y nivel de beneficios pagados por el empleador por un trabajo igual o similar desempeñado por una individuo sin una discapacidad.

Los servicios se realizan en una variedad de entornos, particularmente los sitios de trabajo donde se emplean las personas sin discapacidades. Los servicios incluyen las actividades necesarias para que un participante pueda sostener un trabajo pagado, incluyendo la supervisión y entrenamiento. El pago se hace solamente para las adaptaciones, supervisión y entrenamiento requeridos por los participantes como resultado de sus discapacidades, pero no incluye el pago por las actividades de supervisión provistas como una parte normal de hacer negocios.

Consistente con la decisión Olmstead y con la planeación centrada en la persona, el IPC de un participante deberá desarrollarse de una manera que refleje las elecciones y metas individuales relacionadas con el empleo, y que asegure la provisión de servicios en el entorno más integrado apropiado. Los objetivos que apoyan la necesidad de un asesoramiento de empleo continuo con un plan para reducir el asesoramiento de empleo con el tiempo, si es posible, deberán identificarse en el IPC del participante.

Empleo apoyado de grupos pequeños
El empleo apoyado de grupos pequeños deberá proveerse bajo una tarifa de grupo para grupos de 2-8 personas e incluye las cuadrillas o enclaves de trabajo móviles. El empleo de grupos para grupos con más de 8 personas no deberá reembolsarse por la exención.

El proveedor deberá estar en la cercanía inmediata y disponible para una intervención y apoyo inmediatos. Idealmente, los servicios deberán proveerse de una manera que promueva la integración en el lugar de trabajo y la interacción entre los participantes y las personas sin discapacidades en esos lugares de trabajo. El empleo apoyado de grupos pequeños puede incluir un empleo en los negocios de la comunidad o los negocios que sean parte de una organización de proveedores.

Empleo apoyado individual
Los servicios de empleo apoyado individual son los apoyos individuales disponibles para un participante e incluye un empleo personalizado y trabajo por cuenta propia. El empleo apoyado individual también incluye un plan vocacional individual y los servicios de apoyo de descubrimiento que se enfocan en la determinación individualizada de las fortalezas, necesidades e intereses del participante, y está diseñado

para satisfacer las necesidades específicas de la relación entre empleado y empleador. Estos servicios incluyen un empleo desarrollado a través de adaptaciones del trabajo, trabajo por cuenta propia o iniciativas empresariales, u otro desarrollo de empleos o estrategias de reestructuración que resulten en que las responsabilidades laborales se personalicen y negocien individualmente para adaptarse a las necesidades del participante. Estos servicios suponen la provisión de los apoyos y acomodaciones necesarios para desempeñar las funciones de un trabajo que se haya negociado y desarrollado individualmente.

Un componente final del empleo apoyado individual es un servicio de seguimiento directo, el cual permite que un participante pagado con o por encima del salario mínimo mantenga su empleo en un entorno de empleo comunitario integrado. Este servicio se provee para un participante a través de un apoyo de empleo y la comunicación con el supervisor o administrador del participante, mientras el participante está presente. Las actividades reembolsables incluyen enseñar las tareas de trabajo y monitorear el desempeño para asegurar el éxito de la colocación de empleo, los servicios de apoyo no específicamente relacionados con el entrenamiento de destrezas laborales que permiten que el participante tenga éxito para integrarse en el entorno laboral, y el tiempo pasado en el sitio de trabajo del participante realizando la observación y supervisión del participante.

El empleo apoyado individual deberá proveerse en un entorno de empleo comunitario, a menos que el apoyo sea para abordar los asuntos necesarios para mantener el empleo actual o para desarrollar un empleo personalizado, trabajo por cuenta propia o empleo basado en el hogar (sujeto a una aprobación previa de la División).

Seguimiento directo del empleo apoyado

Los servicios de seguimiento directo del empleo apoyado (SEFA) permiten que un participante pagado con o por encima del salario mínimo federal mantenga su empleo en un entorno de empleo comunitario integrado. SEFA busca ser un servicio indirecto, lo cual significa que el servicio se provee para o en nombre de un participante a través de un apoyo de empleo intermitente y ocasional y la comunicación con el supervisor o administrador del participante, mientras el participante no está presente. Sin embargo, esta definición no impide que el participante esté presente durante la provisión de este servicio. SEFA puede incluir llamadas telefónicas entre el personal de apoyo y el personal administrativo del participante. SEFA reembolsa un máximo de 100 unidades por año. Las unidades aprobadas se basan en la necesidad individual para poder mantener el empleo. Los servicios de SEFA deberán describirse específicamente en el IPC.

Las actividades reembolsables de SEFA incluyen:

- Contacto regular y seguimiento con el empleador para reforzar y estabilizar la colocación de empleo
- Facilitación de los apoyos naturales en el sitio de trabajo
- Desarrollo de programas individuales, escribir análisis de tareas, revisiones mensuales, revisiones de terminaciones y programas de intervención del comportamiento
- Defensa en nombre del participante, pero solamente con las personas en el sitio de trabajo (por ejemplo: empleadores, compañeros de trabajo, clientes) y solamente para propósitos directamente relacionados con el empleo
- Tiempo del personal para ir y venir de un sitio de trabajo

Las actividades no reembolsables de SEFA incluyen:

- Transporte de un participante individual
- Observaciones de actividades realizadas en un grupo como cuadrillas o enclaves de trabajo
- Relaciones públicas
- Educación comunitaria
- Reuniones de capacitación interna, reuniones del departamento, desarrollo del personal individual
- Observaciones de trabajo protegido

Los servicios aprobados deberán relacionarse directamente con las necesidades de empleo de un participante y acomodarse dentro del presupuesto asignado del participante.

Alcance y limitaciones

Una documentación de que el servicio no está disponible bajo un programa financiado bajo la Sección 110 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Servicios de Rehabilitación Vocacional o Laborales) o la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ((20 U.S.C. 1401 et seq.), deberá mantenerse en los expedientes del proveedor y administrador de casos. Los servicios no deberán proveerse durante el mismo periodo en que un individuo recibe servicios a través de un Plan Educativo Individualizado (IEP). Un formulario de responsabilidad de terceros podría requerirse por la División, a menos que el participante use las primeras 100 unidades de este servicio para ayudarle a tener acceso a una asistencia de la División de Rehabilitación Vocacional (DVR), completar una herramienta de evaluación para una planeación vocacional o para servicios de SEFA indirectos.

Este servicio no deberá usarse para financiar los pagos de incentivos incluyendo:

1. Pagos hechos a un empleador para alentar o subsidiar la participación del empleador en un programa de empleo apoyado;
2. Pagos que se pasan a los usuarios de los programas de empleo apoyado; o
3. Pagos por entrenamiento que no se relacionan directamente con el programa de empleo apoyado del participante.

Los proveedores parientes (definido como padres biológicos, adoptivos o padrastros), cónyuges y representantes legalmente autorizados no deberán proveer este servicio.

El transporte está incluido en las tarifas de reembolso para un servicio directo, pero no deberá usarse para los servicios de SEFA o solamente para el propósito de transportar a un participante para ir y venir de su trabajo.

* Por favor, considere que se requiere una autorización previa para los servicios de exención.				
Servicio	**Programas**	**Código(s)**	**Tarifa(s)**	**Unidad**
Servicios de transporte	Exención Integral Exención de Apoyos	A0090	$13.30	Viaje de 5 millas
		T2001	$16.71	Viaje de 10 millas
		Límite anual de $2,000		

El transporte es un servicio de conexión que permite que los participantes tengan acceso a los sitios de empleo, servicios comunitarios, actividades y recursos como se indican en el IPC, cuando un proveedor de servicios no se necesita en el evento. Este servicio no busca reemplazar las opciones de transporte formales o informales, tales como el uso de apoyos naturales, servicios de transporte de la ciudad, cupones para viajar y servicios del Plan Estatal de Medicaid. Los servicios de transporte bajo la exención deberán ofrecerse de acuerdo con el IPC de un individuo y solamente cuando la familia, vecinos, amigos o agencias comunitarias no pueden proveer alternativas de transporte.

Alcance y limitaciones

Los servicios de transporte están disponibles para los participantes de 18 años de o más.

Este servicio no incluye el transporte para citas médicas requerido bajo 42 CFR 431.53 o los servicios de transporte disponibles bajo el Plan Estatal de Medicaid.

El servicio será reembolsado por viaje. Un viaje puede redondearse hasta cinco millas si se viajó cuando menos dos millas. Un viaje puede redondearse hasta diez millas si se viajó cuando menos siete millas. El servicio tiene un límite de $2,000 por año.

Los servicios de transporte no deberán usarse junto con o para acceder a otros servicios de exención que incluyen un transporte como parte de la tarifa de servicio.